

**衛生福利部中央健康保險署北區業務組
醫院總額共同管理委員會 109 年第 4 次會議紀錄**

時 間：109 年 12 月 9 日（星期三）14 時

地 點：北區業務組七樓第一會議室

主 席：張組長溫溫

陳會長振文

紀錄：江謝佩妘

出席人員：

彭副會長家勳	彭家勳	李委員明輝	李明輝
江榮譽會長銘基	江銘基	吳委員家勳	吳家勳
陳秘書長旗昌	陳旗昌	蔡委員芳生	蔡芳生
游委員進邦	周遠楨 (代)	謝委員麗玲	謝麗玲
林委員志郎	林志郎	李委員興中	李興中
王委員世輔	王世輔	崔委員以威	崔以威
邱委員獻章	邱獻章	張委員達人	張達人
盧委員星華	羅素惠 (代)	徐委員千剛	徐千剛
黃委員禹仁	黃禹仁	鍾委員蝶起	鍾蝶起
劉委員碧珠	劉碧珠	李委員炳賢	鄭怡秀 (代)

列席人員：(職稱敬略)

為恭醫院

彭桂秋

臺北榮民總醫院新竹分院

廖怡珊

南門醫院

張曜任 姚芳珠

林口長庚紀念醫院

林啟文 林育宏

衛生福利部桃園療養院

陳建志

衛生福利部苗栗醫院

溫靜微

東元醫院	劉雅文	盧文婷	
聯新國際醫院	侯雅菁	謝泉發	
怡仁綜合醫院	莊瑋芷		
楊梅天成醫院	林佩燁	陸浩瑜	
中壢長榮醫院	彭竟琳		
國軍新竹地區醫院	林筱萍		
仁慈醫院	曾綉伶		
大千綜合醫院	曾婉菁		
弘大醫院	劉惠敏		
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕		
國軍桃園總醫院	商仕達	楊惠芳	
敏盛綜合醫院	劉美君	簡佳慧	
聖保祿醫院	郭咏臻		
新竹馬偕醫院	林劭芸		
中醫大新竹醫院	陳自諒	葉坤祥	黃國正
臺大生醫分院	葉寶雲		

醫院醫療服務審查執行會北區分會 李雅菁

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)

許菁菁	王玲玲	陳輝發	謝明珠	倪意梅	方淑雲
林麗雪	曹麗玲	吳玉蓮	王慈錦	黃毓棠	劉孟芸芝
吳秋芬	林俊仰	林美霞			

壹、主席致詞(略)

貳、確認 109 年第 3 次委員會會議紀錄。

結論：確定。

參、報告事項

第一案、109 年第 3 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；討論事項一~五案均依會議決議修訂 109 年 Q3 之「北區醫院總額點值暨品質提升方案」執行內容並據以辦理核定，另有關提議於 VPN 系統新增戒菸案件個案資料查詢作業，倘需本組協助反映，請提供相關案例。

第二案、北區醫院總額執行現況暨重要業務管理報告

決定：洽悉。

- 一、分級醫療雁行計畫：109 年 Q3 區域以上醫院轉入非同體系社區院所共 6,399 件(全國第 2)，接受社區院所上轉之回轉率 6%(全國第 2)，電子轉診平台回復率 59%(全國第 4，低於全國)，請持續推動；本組每月回饋主責醫院「電子轉診平台回復率」指標報告卡，請落實管理。
- 二、急診管理：109 年 Q3 急診暫留率居全國第 4，較前季改善；醫學中心高於全國同儕 1.8 個百分點，差距已縮小，仍請持續積極改善。
- 三、藥費管理：109 年 Q3 醫院藥費占率成長 1.4 百分點(全國第 1)，藥費成長率 10.9%(全國第 2)，主要為門診藥費成長 12.3%，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。
- 四、健保雲端醫療資訊
 - (一)醫療影像及檢驗(查)結果即時上傳：109 年 Q3 影像上傳

率 90%、檢驗(查)結果上傳率 85%高於全國，惟仍請持續提升，落實 24 小時內正確上傳。

(二)重要檢查(驗)管理

1. 重要檢查(驗)管理方案：109 年 Q3 轄區 30/10 項檢查再執行率分別為 4.1%及 1.8%，皆低於全國，惟再執行成長率均未達下降 5%目標值。另 30 項費用成長 7.5%未達 <5.471%目標值，請持續加強管理；針對再執行成長率未達標且醫令數高之醫院，請提報計畫書並加強管控。
2. CT、MRI 案件管理：109 年 Q3 CT、MRI 成長率分別為 4.3%及 15.3%，其中 MRI 成長高於全國(9.3%)且排名第 1，請加強管理；另持續針對初級照護案件執行 CT/MRI 占率大於全國同儕平均值，且占率正成長醫院加強審查，並自 109 年 Q4 起審查結果將依樣本核減率回推計算。

五、論質計酬照護率：109 年 Q3 轄區 Pre-ESRD 低於全國，CKD、Pre-ESRD 及 BC 肝收案率全國第 4，請持續積極收案照護，並思考論質慢性病整合照護之創新作法。

六、門診整合照護計畫：109 年 Q3 收案 4,539 人，照護率 13%，請持續提升，收案偏低醫院請加強積極收案。

七、PAC：109 年 Q3 整體收案 522 人(全國第 4)，負成長項目為腦中風(-7.6%)、脆弱性骨折(-4.3%)、衰弱高齡(-18.4%)，請收案人數多但負成長醫院積極提升收案數；醫學中心腦中風下轉率較去年同期退步，低於全國同儕且差距持續擴大，請加強推動。

八、出院準備：109 年 Q3 「7 日內長照轉銜率」49%(全國第 4)，

低於全國同儕值有 7 家醫院，請落實轉銜作業流程。

九、居家醫療整合：109 年 Q3 收案 9,073 人(全國第 5)，成長 7%，低於全國，請持續推動；109 年 7 月回饋計畫外門診就醫名單，截至 9 月仍有 15 家醫院、64 人於計畫外門診就醫，請透過雲端資訊系統優先評估病人需求並完成用藥整合。

十、安寧療護：109 年 Q3 死亡前符合安寧診斷但未接受安寧療護仍有 9,397 人，請針對重點科別加強推動安寧療護，提升安寧收案人數。

十一、C 肝口服新藥：截至 109 年 11 月 10 日轄區醫院收案人數 3,739，較去年同期負成長 23%，已回饋 109 年上半年 C 肝潛在病患名單，請優先收案。

十二、其他配合事項

(一)電腦自動化檢核審查逐步擴大辦理，將針對支付標準、藥品及特材給付規定訂有特定資格等支付規範進行檢核，系統將自 110 年 1 月 1 日起上線，請儘速完成相關特定資格報備並正確申報，以避免因不符規定而被核減。

(二)為提升民眾健康存摺就醫資料之診斷碼及處置碼之正確性，自 109 年 12 月 1 日起，健保卡就醫資料上傳及醫療費用申報(自費用年月 109/12 起，含 110/1/1 起申報之其他費用年月補報)增修「適用特定性別之編碼限制」檢核邏輯，請落實資料正確上傳及申報。

(三)健保資訊網服務系統(VPN)各項服務及健保醫療資訊雲端查詢系統將於 110 年 7 月起停止支援 Windows XP 作

業系統，請儘速完成作業系統更新。

第三案、109 年 Q3 總額方案重分配項目執行情形

決定：洽悉。

第四案、109 年第 3 次醫療資源管理小組會議辦理情形

決定：109 年 11 月 19 日召開之第 3 次醫療資源管理小組會議業辦理完竣，會議紀錄已置於 VPN 週知各院，重點摘述：

一、專案辦理情形：

(一)初級照護執行 CT/MRI 比率經追蹤呈現下降趨勢，109 年 Q3 持續加強審查，109 年 Q4 將啟動異常案件審查後回推機制。

(二)本署函釋依本保險支付標準手術章節通則七略以，凡為達手術最終目的過程中之附帶手術及處置，不得視為副手術另報；若以肛門鏡方式執行「內痔結紮」手術時，其肛門鏡屬手術過程中之附帶處置，請加強院內檢核不得併報。

(三)重申本保險第 51 條第 10 項規定「病人交通、掛號、證明文件」不列入本保險給付範圍，請各院於申報前進行檢核避免錯誤申報。

二、本組自 8 月起回饋醫療費用監測計分表，本次會議邀請醫院報告實務應用及院內管理經驗，期可提升醫院內管理效益，未來將列為常態性運作。

三、北區醫院醫療費用異常監測管理計畫：決議刪除「30 項檢

查費用成長率」、「成長率指標權重 40%，其他單價指標權重 60%」及「初期優先管理計分大於(含)全國同儕 P95 者，並以門住診申報量作為審查件數級距」，並自 110 年 Q1 啟動取代原有全國排名前 50 大醫令審查，修訂後計畫將放置 VPN 供醫院下載，後續將滾動式檢討與調整。

四、預告 110 年小組運作方向如下，並於 110 年第 1 次醫療資源管理小組會議提案討論。

(一)加強多次審查未改善者之管理責任：經過標準化輔導程序(審查→分區輔導→再審查→偕同分會輔導→再審查)仍未改善則啟動異常案件回推，逐步管理。

(二)蒐集他區管理作法評估納入轄區醫院管理。

(三)持續辦理全國醫療費用異常分析專案及盤點支付標準或審查注意事項逐項檢視管理。

五、為讓醫院掌握頻繁住院個案，自即日起恢復住院即時關懷回覆作業，請醫院於收到 3 日內填覆簡要治療計畫至本組備查。請醫院加強院內宣導，善加利用就醫提示(健保卡提示資訊)及參考資訊(健保雲端資訊系統出院病摘)，提供適切醫療服務。

第五案、109 年 10 月起藥價調整對基期藥費影響評估

決定：洽悉；本組已於 109 年 9 月 7 日回饋各院各季藥費降幅資料，請查閱參考。

第六案、110 年北區醫院總額共同管理委員會會議召開時程案

決定：洽悉。

一、110年會議時程如下，請委員預留會議時間。

議次	共管會議	醫療資源管理小組會議
第1次	110年3月10日(星期三)	110年2月25日(星期四)
第2次	110年6月9日(星期三)	110年5月20日(星期四)
第3次	110年9月8日(星期三)	110年8月19日(星期四)
第4次	110年12月8日(星期三)	110年11月18日(星期四)

二、110年委員名單(含代理人2名)請院長聯誼會於110年1月底前以公文函知本業務組，俾利進行開會通知事宜。

肆、討論事項

第一案、110年「醫院總額點值暨品質提升方案」規劃案

決議：110年醫院總額點值暨品質提升方案，經會議討論決議之規劃重點摘述如下：

- 一、點值及預算規劃：目前110年醫院總額預算成長率尚未核定，先以一般服務預算成長率4.623%、年平均點值0.935規劃，110年Q1點值0.94、Q2點值0.935、Q3點值0.935、Q4點值0.93，則110年基本目標點數各季成長率介於2.85%~3.14%(年平均3.046%)；倘核定一般服務預算成長率高於4.623%，以及考量季間工作天數，110年Q1增加之預算差額100%挹注點值，110年Q2-Q4增加之預算差額50%挹注點值、50%挹注目標點數。
- 二、基本目標管理點數分配原則：依基期(108Q4~109Q3)各院核定點數、急重癌校正點數、地區(教)層級分級轉診校正點數及109年Q2品質暫停指標表現校正之總點數占率分配。

(一)核定點數：最終核定點數 80% + 初核定點數 20%。108 年 Q4、109 年 Q3 基期維持，109 上半年(兩季合計)以 108/109 基期擇高者計算，另未超額醫院三項費用折抵補付點數納入最終核定點數計算。

(二)急重癥校正點數：以基期急重癥點數反映 20%計算。

(三)地區(教)層級分級轉診校正點數：地區(教)層級醫院成功接收下轉個案數×同儕平均單價。

(四)109 年 Q2 品質暫停指標表現校正：109 年 Q2 因疫情暫停品質指標獎勵點數校正。(109 年第 1 次共管會臨時會議決議)

(五)基本目標點數下限：基本目標點數較去年同期負成長者，以不低於去年同期基本目標點數(109 年 Q2 為未調整前點數)為原則，保障點數由點值反映。

(六)區域以上醫院門診減量校正：110 年若啟動區域以上醫院門診減量措施，核定作業維持 109 年規劃。

三、重分配獎勵項目：保留規劃總點數 3.8%分配。

(一)政策鼓勵項目：保留 0.35%推動分級醫療雁行計畫，若分配不足則等比例限縮、如有剩餘依品質提升獎勵點數占率分配。另有關腦中風動脈血栓移除(EVT)病患照護跨院合作案件評估納入雁行計畫之跨團隊合作獎勵機制，將列入 110 年共管會議提案討論。

(二)品質獎勵：保留 2.1%，110 年品質指標原則維持(109 年)既有項目(12 項獎勵及 1 項扣減指標)，並擇 6 項目為地區醫院及精神專科醫院(專科醫院以該院該科申報占該院所

有醫療費用占率大於80%為認定原則)加權項目，加權獎勵15%。若有新增指標項目，彈性調整自Q2起實施。

(三)超額回饋重分配

1. 保留1.35%，依品質指標表現、就醫人數成長及急重癌醫療服務成長3階段計算補付，個別醫院補付上限為超額85%，倘估算整體補付點數超出1.35%保留點數，則當季各院超額回饋點數同步限縮。
2. 就醫人數校正計算排除當季門診一次就醫人數，當季生產成長點數納入急重癌成長點數計算，急重癌成長與超額點數比值分段補付比率如下表。

超出管理目標 分級補付	急重癌及生產成長點數與超出目標點數比值				
	≥0.7	0.5~0.7(不含)	0.3~0.5(不含)	0~0.3(不含)	<0
0%~2%(含)	60%	50%	40%	30%	20%
2%~4%(含)	50%	40%	30%	20%	10%
4%~6%(含)	40%	30%	20%	10%	5%
6%以上	0%	0%	0%	0%	0%

四、穩定點值調校機制：設計 A/B(新設醫院為 A2/B2)案供醫院選擇，改選方案以 1 次為限，公文於當季第 2 個月 15 日前送達則當季生效，逾期則次季生效。

(一)A 案：超出目標管理點數逕予核減。

(二)B 案：核定點數調整作業。

1. 啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

2. 計算方式：

(1)應攤扣之總醫療服務點數=B 案醫院總初核定點數 - B 案醫院總基本目標點數

(2)攤扣占率如下表：

轄區整體醫療費用成長率	申報占率	成長貢獻
<8%	50%	50%
8%(含)~10%	30%	70%
≥10%	20%	80%

(3)攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×攤扣占率 - 政策鼓勵點數 - 品質提升獎勵點數。

(三)新設立醫院：設立後完整季3年。

1.A2案(適用設立後第2、3年)

(1)第2年(第5~8季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數採基期最近1季最終核定點數以總額預算季間占率推估各季基本目標點數×(1+總額成長率)。

(2)第3年(第9~12季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數計算方式回歸A案。

2.B2案

(1)啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

(2)計算方式：

A.應攤扣之總醫療服務點數=整體醫院總初核定點數 - 整體醫院總基本目標點數

B.攤扣占率如下表：

設立時間 (以有完整季申報資料起算)		申報占率	成長貢獻
設立後第1年	第1~3季	不攤扣	
	第4季	100%	0
設立後第2年		85%	15%
設立後第3年		70%	30%

註：1.申報占率：總額內醫療費用點數/∑總額內醫療費用點數。

2.新設醫院成長貢獻之計算基期：前一季總額內醫療點數。

C.應攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×攤扣占率 - 政策鼓勵點數 - 品質提升獎勵點數。

五、醫療服務費用管控：

(一)藥費管理

1.當季申報藥費計算範圍：不含總額外、C型肝炎口服新藥藥費、愛滋病藥費、癌症藥費、移植及抗排斥藥費、罕病及血友病藥費、矯正機關藥費、抗精神病藥長效針劑藥費，含釋出處方藥費。另因應每年度藥價調整，藥價調整當季起基期季申報藥費校正藥價調整影響降幅：

(1)基期季申報藥費校正=基期季申報藥費* (1-預估降幅*反應成數)。

(2)反應成數：若該季該院藥費成長>全國平均藥費成長率反應8成；餘反應6成。

2.費用核減原則：

(1)依當季藥費成長率及藥費占率成長百分點核減(詳下表)。

A.藥費成長率：110上半年基期值以108/109同期藥費擇高者計算。

B.藥費占率成長百分點：110上半年基期值以108年同期藥費占率計算。倘醫院因特殊狀況(醫師異動等)致分母減少而大幅影響占率，可個別來函反映評估。

核減比率		藥費成長率(X)				
		$X \leq 0\%$	$Y \geq X > 0\%$	$Y * 1.5 \geq X > Y$	$Y * 2 \geq X > Y * 1.5$	$X > Y * 2$
藥費占率成長百分點(Z)	$Z \leq 0$	-	-	1%	2%	3%
	$0 < Z \leq 0.5$	0.25%	0.5%	1.5%	2.5%	4%
	$0.5 < Z \leq 1$	0.5%	1%	2%	4%	6%
	$Z > 1$	1.5%	3%	5%	6%	8%

註：X：當期藥費成長率、Y：110 年基本目標成長率、Z：藥費占率成長百分點。

(2) 重複用藥虛擬代碼(R001~R005、R008)案件占自身給藥件數占率>全國同儕 P70/P80/P90，加成核減比率 0.1%/0.2%/0.3%。

(二)復健管理：延長治療費用及每人物理(職能)治療費用成長貢獻點數，依據型態別、專科屬性暨層級別分群計算折付點數(如下表)，並依 CIS 指標「門診年復健次數>180 次」篩異件數居轄區 P90 以上醫院，每人物理治療費用折付率再加計 5%~15%。校正疫情影響因素，復健費用成長率比較基期採 108 年各季復健費用計算。

A. 型態別折付率		B. 每人物理(職能)治療費用折付率			
		復健費用成長率加計	>P50	>P75	>P90
象限一(高強度高頻率)	20%	≤0%	5%	15%	25%
象限二(低強度高頻率)	10%	≤5%	15%	25%	35%
象限三(低強度低頻率)	5%	≤10%	20%	30%	40%
象限四(高強度低頻率)	10%	>10%	25%	35%	45%
		CIS 篩異件數加計(物理)	5%	10%	15%

(三)呼吸照護目標管理：

1. 整體以較 109 年總目標點數零成長為目標，基期(108Q4~109Q3)各季依各院支付標準調整及照護人數成長校正目標管理點數，並依超出目標管理點數比率、醫療品質等級及安寧療護執行率，設定折付 10%~55%。
2. 醫學中心建議特殊重症個案應予排除，請將具體定義經秘書處確認後提供本組評估。

六、費用審查：持續推動精準審查，辦理全國醫療費用分析專案及盤點支付標準或審查注意事項逐項檢視管理。強化醫療資源管理小組運作，朝加強醫院管理責任推動，必要時邀請醫院至共管會議說明管理計畫，共同提升醫療資源合

理使用。

七、110 年若有疫情因素，各項規劃將視影響程度滾動檢討，必要時召開臨時會議。

第二案、總額方案品質獎勵「出院準備轉銜-出院後 7 日內銜接長照 2.0 比率」指標修訂案

決議：因應長照轉銜服務流程改變，建議指標修訂為「出院後 10 日內銜接長照 2.0 比率」，惟考量本指標為衛福部指標，指標操作型定義應維持全國一致，後續本組將向署本部反映，若可修為 10 日，則比照辦理。

第三案、「醫院總額點值暨品質提升方案」藥費目標管理範圍調整建議案

決議：考量事前審查費用或個案原使用之藥費已計入藥費管理基期，爰藥費管理不再排除事前審查藥費。

第四案、110 年轄區偏遠地區醫院資格認定案

決議：維持 109 年本區偏遠地區醫院之分區認定原則，將提報通霄光田及大順等 2 家醫院符合本區認定原則。

伍、散會：下午 4 點 40 分